



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)

ការព្រមព្រៀងនៃសេវាឯកត្តជន

INDIVIDUAL SERVICE AGREEMENT

ចូរកុំ ប្រើសំរាប់សេវាជំនួយសង្គ្រោះ

ឈ្មោះអតិថិជន	អត្តលេខរបស់នាយកដ្ឋាន DDD
ការប្រាប់ឲ្យដឹងមុននូវភាពធ្ងន់ធ្ងរផ្នែកពេទ្យ	
ភាពរឹងមាំ (ដោយរួមទាំងប្រព័ន្ធការឧបត្ថម្ភ, ផ្នែកឯករាជ្យ/ផ្នែកសមត្ថភាព)	
ការឧបត្ថម្ភដែលត្រូវការ/ការឧបត្ថម្ភដែលស្នើសុំ	
សេវាដែលបានដាក់ស្នើ	
ផែនការត្រួតពិនិត្យ (ដោយរួមទាំងអ្នកដែលត្រួតពិនិត្យ, ញឹកញាប់របៀបណា, រាយការណ៍របៀបណា)	
ហត្ថលេខារបស់អតិថិជន	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
ហត្ថលេខារបស់អ្នកតំណាង	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
អ្នកចូលរួមដទៃទៀត	
ហត្ថលេខារបស់នាយកគ្រប់គ្រងសំណុំរឿង	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ

សិទ្ធិធ្វើឧទ្ធរណ៍របស់អ្នក

អ្នកមានពេលចំនួនកៅសិប (90) ថ្ងៃ ចាប់តាំងពីថ្ងៃដែលបានទទួលសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដើម្បីស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាល តវ៉ាចំពោះសកម្មភាពនេះ ។

- បច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកកំពុងទទួលសេវាដែលចេញប្រាក់ដោយនាយកដ្ឋាន DDD និងចង់ទទួលសេវាបន្តនៅពេលអ្នកធ្វើឧទ្ធរណ៍ ។ អ្នកត្រូវតែដាក់បណ្តឹងពីការស្នើសុំរបស់អ្នកអំពីសវនាការរដ្ឋបាលត្រឹមថ្ងៃ _____.
- បើសិនជាអ្នកជ្រើសយកការនៅបន្តទទួលសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ឱ្យ និងសេចក្តីសំរេចចុងបញ្ចប់ដែលធ្វើតាមសកម្មភាពរបស់ក្រសួង អ្នកត្រូវទទួលខុសត្រូវក្នុងការសងប្រាក់វិញរហូតដល់ពេលចំនួន 60 ថ្ងៃនៃសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ឱ្យ ។
 - បើសិនជាអ្នកមិនចង់នៅបន្តទទួលសេវាដែលនាយកដ្ឋានចេញប្រាក់ ចូរទាក់ទង:

_____ តាមលេខ _____

នាយកគ្រប់គ្រងធនធាន/សំណុំរឿង លេខទូរស័ព្ទ

អ្នកមានសិទ្ធិដូចខាងក្រោមនេះ :

1. ត្រូវមានគេតំណាង (អ្នកអាចមានលក្ខណសម្បត្តិសំរាប់ទទួលជំនួយផ្នែកច្បាប់ដោយមិនបង់ថ្លៃ) ;
2. ស្នើសុំក្រដាសចម្លងនៃសំណុំរឿងរបស់អ្នក និងគ្រប់ព័ត៌មានដែលពិនិត្យដោយនាយកដ្ឋាន DDD ដើម្បីធ្វើសេចក្តីសំរេច ;
3. ដាក់ឯកសារនានាសំរាប់ធ្វើជាភស្តុតាង ;
4. ធ្វើដាក់សិណនៅពេលធ្វើសវនាការ និងនាំសាក្សីមកបំភ្លឺភស្តុតាងក្នុងនាមរបស់អ្នក ; និង
5. ចោទសួរសាក្សីទាំងសងខាងសំរាប់ក្រសួង ។

ក្រដាសពាក្យសំរាប់ស្នើសុំធ្វើសវនាការរដ្ឋបាលមានភ្ជាប់មកជាមួយ ។

សំនួរ

បើសិនជាអ្នកមានសំនួរអំពីការសំរេចចិត្តនេះ ឬដំណើរការឧទ្ធរណ៍ សូមទាក់ទង:

ឈ្មោះ:	លេខទូរស័ព្ទ	ការិយាល័យក្នុងតំបន់
--------	-------------	---------------------



**សំណើសុំសំរាប់សវនាការ
នៃការព្រមព្រៀងសំរាប់
សេវាឯកត្តជន**
យោងតាមច្បាប់ជំពូក 388-02
សំរាប់ច្បាប់សវនាការនៃក្រសួង DSHS

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ធ្វើទៅ : OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

លេខទូរស័ព្ទ : 360-586-6563

ខ្ញុំស្នើសុំធ្វើសវនាការ ពីព្រោះខ្ញុំមិនយល់ស្របជាមួយការសំរេចចិត្តនៃសេវាឯកត្តជនដែលការបំរើដូចខាងក្រោមនេះ ដោយនាយកដ្ឋានអភិវឌ្ឍន៍នៃភាពពិការ (DDD) ។

ឈ្មោះរបស់អ្នក (សូមសរសេរឲ្យច្បាស់)	ខែ/ថ្ងៃកំណើត
អាសយដ្ឋាននៃផ្ទះស្នើសុំធ្វើសវនាការ	អត្តលេខ ID របស់អតិថិជន
ក្រុង រដ្ឋ ស៊ីបខូដ	លេខទូរស័ព្ទ (រួមបញ្ចូលទាំងលេខតំបន់) <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទសំរាប់ទុកបណ្តាំ

ខ្ញុំត្រូវបានគេប្រាប់ពីសេចក្តីសំរេចចិត្តនេះថ្ងៃទី : _____ ដោយ : _____
ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ ឈ្មោះនិងទីកន្លែងនៃក្រសួង DSHS

ខ្ញុំចង់នាំបន្តទទួលជំនួយ បើសិនជាខ្ញុំមានលក្ខណសម្បត្តិ បាទ ទេ កម្មវិធី : _____

ខ្ញុំត្រូវបានគំរាមដោយ (បើសិនជាអ្នកត្រូវបានគំរាមខ្លួនឯង កុំបំពេញពីរប្នាក់ខាងក្រោមនេះ):

ឈ្មោះអ្នកគំរាមរបស់អ្នក	អង្គការ	លេខទូរស័ព្ទ
------------------------	---------	-------------

ផ្លូវអាសយដ្ឋាន	ក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីបខូដ
----------------	-------	------	---------

ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យបញ្ចេញព័ត៌មានអំពីសវនាការរបស់ខ្ញុំទៅឲ្យអ្នកគំរាមរបស់ខ្ញុំ ។

ហត្ថលេខារបស់អ្នក	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
------------------	---------------

តើអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសា ឬជំនួយដទៃទៀត ឬការធានាជំនួសសំរាប់ធ្វើសវនាការឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

បើសិនជាត្រូវការ តើភាសាអ្វី ឬជំនួយអ្វី? _____

ចៅក្រមផ្នែករដ្ឋបាល (ALJ's) អាចធ្វើសវនាការខ្លះបានតាមទូរស័ព្ទ ។ បើសិនជាអ្នកចង់ប្តូរទៅជាសវនាការមកផ្ទាល់ខ្លួនវិញ ធ្វើតាមការណែនាំនៃសវនាការដែលនឹងត្រូវធ្វើជូនអ្នក ដោយនាយកដ្ឋាន OAH ។